

Dottor .....

Medico Chirurgo

Ambulatorio: Roma, .....

Telefono: 123-456789

DATA: //

Nome e Cognome del Paziente

R/ Si prescrive

<input type="checkbox"/> 0,5mg/10ml <input type="checkbox"/> 2mg/10ml <input type="checkbox"/> 2mg/15ml <input type="checkbox"/> 1mg/10ml	gel viscoso a base di BUDESONIDE
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------

Budesonide micronizzata	qs
Glicerina	12,4%
sodio benzoato	0,2%
EDTA disodico	0,1%
Gomma Xantano	2%
Sucralosio	0,2%
Aroma a scelta	non necessario
acqua depurata	qb a 100ml e di tali 240ml o 480ml

Impiego per esofagite eosinofila con supporto di letteratura.

Si preparino ..... flaconi per una durata della terapia di ..... mesi.

S/ .....

Timbro e Firma del Medico